

# SOLICITUD DE UNA LICENCIA PARA UN ESTABLECIMIENTO PARA EL CUIDADO EN LA COMUNIDAD O ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL PARA EL CUIDADO DE PERSONAS DE EDAD AVANZADA

(Vea las instrucciones en la siguiente página.)

## SOLAMENTE PARA EL USO DEL DEPARTAMENTO

ENVIE SU RESPUESTA A:

DISTRICT: \_\_\_\_\_  
 COUNTY: \_\_\_\_\_ FACILITY NUMBER: \_\_\_\_\_  
 DATE: \_\_\_\_\_ ACTION TYPE: \_\_\_\_\_  
 REVIEWED BY: \_\_\_\_\_ FACILITY TYPE: \_\_\_\_\_

<p>1. NOMBRE DEL SOLICITANTE(S) (POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA.)                  _____                  _____                  _____</p>	<p>2. ACCION QUE SE SOLICITA (MARQUE UNA):</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> A. SOLICITUD INICIAL</td> <td><input type="checkbox"/> D. CAMBIO DEL TIPO DE ESTABLECIMIENTO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> B. CAMBIO DE CUPO</td> <td><input type="checkbox"/> E. CAMBIO DE SITUACION AMB.*/NO AMB.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> C. CAMBIO DE LOCALIDAD</td> <td><input type="checkbox"/> F. CAMBIO DENTRO DE LA CORPORACION</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> G. OTRA (Especifique)</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> A. SOLICITUD INICIAL	<input type="checkbox"/> D. CAMBIO DEL TIPO DE ESTABLECIMIENTO	<input type="checkbox"/> B. CAMBIO DE CUPO	<input type="checkbox"/> E. CAMBIO DE SITUACION AMB.*/NO AMB.	<input type="checkbox"/> C. CAMBIO DE LOCALIDAD	<input type="checkbox"/> F. CAMBIO DENTRO DE LA CORPORACION		<input type="checkbox"/> G. OTRA (Especifique)
<input type="checkbox"/> A. SOLICITUD INICIAL	<input type="checkbox"/> D. CAMBIO DEL TIPO DE ESTABLECIMIENTO								
<input type="checkbox"/> B. CAMBIO DE CUPO	<input type="checkbox"/> E. CAMBIO DE SITUACION AMB.*/NO AMB.								
<input type="checkbox"/> C. CAMBIO DE LOCALIDAD	<input type="checkbox"/> F. CAMBIO DENTRO DE LA CORPORACION								
	<input type="checkbox"/> G. OTRA (Especifique)								
3. DIRECCION DONDE EL SOLICITANTE RECIBE CORREO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	( AREA ) NUMERO DE TELEFONO ( )					
4. SOLICITUD PRESENTADA POR:	A. PERSONA	B. SOCIEDAD	C. CORPORACION CON FINES NO LUCRATIVOS	G. COMPAÑIA CON RESPONSABILIDAD CIVIL LIMITADA					
	D. CORPORACION CON FINES LUCRATIVOS	E. CONDADO	F. OTRA OFICINA PUBLICA						
5. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO U OFICINA/AGENCIA									

6. DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO	CIUDAD	CONDADO	CODIGO POSTAL	( AREA ) NUMERO DE TELEFONO ( )
7. DIRECCION DONDE EL ESTABLECIMIENTO RECIBE CORREO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
8. ADMINISTRADOR O PERSONA ENCARGADA DEL ESTABLECIMIENTO	TITULO			

<p>9. TIPO DE OFICINA/AGENCIA O ESTABLECIMIENTO</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL PARA ADULTOS</td> <td><input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO PARA REHABILITACION SOCIAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA</td> <td><input type="checkbox"/> AGENCIA AUTORIZADA POR EL ESTADO PARA APROBAR HOGARES DE CRIANZA TEMPORAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRONICAS</td> <td><input type="checkbox"/> OFICINA/AGENCIA DE ADOPCIONES</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PROGRAMAS PARA ADULTOS DURANTE EL DIA</td> <td><input type="checkbox"/> PROGRAMA DE COLOCACION TRANSICIONAL EN UNA VIVIENDA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HOGAR COLECTIVO</td> <td><input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO A UN NUMERO PEQUEÑO DE NIÑOS</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL PARA ADULTOS	<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO PARA REHABILITACION SOCIAL	<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA	<input type="checkbox"/> AGENCIA AUTORIZADA POR EL ESTADO PARA APROBAR HOGARES DE CRIANZA TEMPORAL	<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRONICAS	<input type="checkbox"/> OFICINA/AGENCIA DE ADOPCIONES	<input type="checkbox"/> PROGRAMAS PARA ADULTOS DURANTE EL DIA	<input type="checkbox"/> PROGRAMA DE COLOCACION TRANSICIONAL EN UNA VIVIENDA	<input type="checkbox"/> HOGAR COLECTIVO	<input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE)	<input type="checkbox"/> HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO A UN NUMERO PEQUEÑO DE NIÑOS		<p>10. CUPO TOTAL QUE SE SOLICITA _____</p> <p>10A. NUMERO DE CAMAS PARA PERSONAS QUE NO PUEDEN CAMINAR (SI HAY ALGUNA) _____</p> <p>NUMERO DE CAMAS PARA PERSONAS QUE DEPENDEN DE OTROS PARA MOVERSE Y/O PERSONAS QUE SOLO ESTAN EN CAMA (SI HAY ALGUNA) _____</p>	<p>11. SOLAMENTE PARA ESTABLECIMIENTOS DE NIÑOS</p> <p>NUMERO DE:</p> <p>BEBES (DESDE RECEN NACIDOS HASTA 2 AÑOS) _____</p> <p>NIÑOS (DE 3 A 17 AÑOS) _____</p>
<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL PARA ADULTOS	<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO PARA REHABILITACION SOCIAL													
<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA	<input type="checkbox"/> AGENCIA AUTORIZADA POR EL ESTADO PARA APROBAR HOGARES DE CRIANZA TEMPORAL													
<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRONICAS	<input type="checkbox"/> OFICINA/AGENCIA DE ADOPCIONES													
<input type="checkbox"/> PROGRAMAS PARA ADULTOS DURANTE EL DIA	<input type="checkbox"/> PROGRAMA DE COLOCACION TRANSICIONAL EN UNA VIVIENDA													
<input type="checkbox"/> HOGAR COLECTIVO	<input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE)													
<input type="checkbox"/> HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO A UN NUMERO PEQUEÑO DE NIÑOS														

12. DIAS Y HORAS DE OPERACION	13. INFORMACION ACERCA DE LA PROPIEDAD. USTED:
	<input type="checkbox"/> ES EL DUEÑO <input type="checkbox"/> LA RENTA <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE) _____

13A. NOMBRE, DIRECCION Y NUMERO DE TELEFONO DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD, SI ES QUE LA RENTA O TIENE UN CONTRATO DE ARRENDAMIENTO POR UN TIEMPO ESPECIFICO

14. ¿TUVO ANTERIORMENTE UNA LICENCIA EL ESTABLECIMIENTO?	SI LA RESPUESTA ES "SI", ANOTE EL NOMBRE Y EL NUMERO DEL ESTABLECIMIENTO	NOMBRE DE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

15. ¿ES NECESARIO QUE SE LLEVE A CABO UNA EXTENSA CONSTRUCCION?	FECHA EN QUE EMPEZARA LA CONSTRUCCION: _____	16. FUENTE DE DONDE PROVIENE EL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA EN QUE TERMINARA LA CONSTRUCCION: _____	<input type="checkbox"/> PUBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA

17. ANOTE LA INFORMACION QUE SE PIDE A CONTINUACION PARA CUALQUIER ESTABLECIMIENTO PARA EL CUIDADO EN LA COMUNIDAD O ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE EL SOLICITANTE(S) OPERE O DEL CUAL SEA DUEÑO ACTUALMENTE, O QUE HAYA OPERADO O DEL CUAL HAYA SIDO DUEÑO ANTERIORMENTE. VEA LAS INSTRUCCIONES.

NOMBRE Y NUMERO DEL ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO \_\_\_\_\_

A. \_\_\_\_\_

B. \_\_\_\_\_

18. RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE(S)/PERSONA(S) CON LICENCIA:
- A. ADEMÁS DE CUMPLIR CON LOS CODIGOS DE SALUD Y SEGURIDAD Y LOS REGLAMENTOS QUE APLICAN AL LICENCIAMIENTO Y A LA SEGURIDAD EN CASO DE INCENDIO, YO (O NOSOTROS) ENTIENDO QUE ES POSIBLE QUE EXISTAN OTRAS LEYES ESTATALES, FEDERALES Y/O LOCALES QUE NO LAS HACE CUMPLIR ESTA OFICINA/AGENCIA, PERO QUE SE TENGAN QUE CUMPLIR, TALES COMO: REQUISITOS RELACIONADOS A LA ZONIFICACION, CONSTRUCCION, HIGIENE PUBLICA Y LABOR.
  - B. YO (O NOSOTROS) HE LEIDO Y ENTIENDO LOS ESTATUTOS Y LOS REGLAMENTOS QUE APLICAN A LA CATEGORIA DE MI LICENCIA, ANTES DE QUE SE EMITA O SE RENEVE MI LICENCIA.
  - C. YO (O NOSOTROS) ME ASEGURARE DE QUE TODAS LAS PERSONAS SUJETAS A LOS REQUISITOS DE LAS HUELLAS DACTILARES TENGAN UNA APROBACION O EXENCION EN RELACION A LOS ANTECEDENTES PENALES EMITIDA POR EL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA, ANTES DE EMPLEARLAS O ANTES DE SU PRESENCIA INICIAL O RESIDENCIA EN EL ESTABLECIMIENTO, COMO SE REQUIERE.
  - D. SI YO (O NOSOTROS) OPERO UN ESTABLECIMIENTO QUE PROPORCIONA CUIDADO Y SUPERVISION PARA NIÑOS, ME ASEGURARE DE QUE SE ENTREGUE AL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA, COMO SE REQUIERE, UN FORMULARIO PARA LA REVISION DE LA LISTA CENTRAL DE PERSONAS CON ANTECEDENTES DE ABUSO DE NIÑOS PARA CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE ESTEN SUJETAS A LOS REQUISITOS DE LAS HUELLAS DACTILARES.
  - E. YO (O NOSOTROS) LE NOTIFICARE INMEDIATAMENTE A LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO SI ALGUNA PERSONA SUJETA A LOS REQUISITOS DE LAS HUELLAS DACTILARES, DESPUES DE HABERLA EMPLEADO, ES DECLARADA CULPABLE DE HABER COMETIDO UN DELITO.
  - F. YO (O NOSOTROS) OBTENDRE LA APROBACION DE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO ANTES DE HACER ALGUN CAMBIO QUE AFECTE LOS TERMINOS DE LA LICENCIA.
19. YO (O NOSOTROS) ENTIENDO QUE TENGO EL DERECHO DE APELAR CUALQUIER DECISION CON RESPECTO A LA DISPOSICION DE ESTA SOLICITUD.
20. YO (O NOSOTROS) DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LAS DECLARACIONES EN ESTA SOLICITUD Y EN LOS ANEXOS SON CORRECTAS, SEGUN MI LEAL SABER Y ENTENDER.
21. YO (O NOSOTROS) ESTOY AUTORIZADO PARA FIRMAR ESTA SOLICITUD A NOMBRE DEL SOLICITANTE MENCIONADO ANTERIORMENTE.

FIRMADO _____	TITULO _____	CONDADO EN DONDE SE FIRMO _____	FECHA _____
FIRMADO _____	TITULO _____	CONDADO EN DONDE SE FIRMO _____	FECHA _____

## INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE UNA LICENCIA PARA UN ESTABLECIMIENTO

Escriba a máquina o escriba claramente con letra de imprenta. Prepare la solicitud por duplicado. Devuelva el original y mantenga una copia para sus expedientes. Adjunte a este formulario de solicitud una copia de todos los formularios y documentos que se hayan pedido, incluyendo los que aparecen subrayados a continuación.

1. Solicitante(s): Anote el nombre de la persona(s) u organización legalmente responsable del establecimiento. Anote los nombres completos. Para una persona individual, anote el nombre, el nombre que usa en medio y el apellido. Si la solicitud se hace junto con otras personas, todos los solicitantes tienen que firmar esta solicitud. Todas las personas individuales, cada socio general, y el oficial ejecutivo principal (*chief executive officer*) o representante autorizado de una empresa, asociación, corporación, condado, ciudad, oficina pública o entidad gubernamental tienen que completar el formulario llamado "Información sobre el solicitante" (LIC 215). Las corporaciones y otras organizaciones también tienen que completar el formulario llamado "Organización administrativa" (LIC 309).
2. Acción que se solicita: Marque la casilla apropiada.
3. Dirección donde el solicitante recibe correo: Anote la dirección oficial del hogar donde recibe correo la persona(s) o la oficina central de la corporación. El socio mayoritario anota la dirección principal donde recibe correo el negocio. Otro socio(s) anota la dirección principal que usa para el negocio en el formulario llamado "Información sobre el solicitante" (LIC 215). Anote el número de teléfono, incluyendo el código del área.
4. Solicitud presentada por: Marque la casilla apropiada.
5. Nombre del establecimiento u oficina/agencia: Anote el nombre que se usa para designar el único establecimiento bajo consideración en esta solicitud. Si es una oficina o agencia, anote el nombre de la oficina o agencia que proporciona los servicios.
6. Dirección del establecimiento: Anote la dirección donde el establecimiento se encuentra físicamente. Si el solicitante tiene más de un establecimiento, se tiene que completar una solicitud separada para cada establecimiento. Anote el número de teléfono, incluyendo el código del área.
7. Dirección donde el establecimiento recibe correo: Anote la dirección a la cual el Departamento/oficina de licenciamiento debe enviar todo el correo para el establecimiento.
8. Administrador o persona encargada del establecimiento: Anote el nombre y el título de la persona que directamente supervisará el establecimiento. Si todavía no se ha contratado a alguien, anote "desconocido".
9. Tipo de oficina/agencia o establecimiento: Marque la casilla apropiada para el tipo de establecimiento de acuerdo a la definición que se encuentra en el Título 22 del Código de Ordenamientos de California. Si no lo sabe, en la casilla identificada como "otro", anote el nombre que comúnmente se usa para identificar dicho tipo de establecimiento.
10. Cupo total que se solicita: Anote el número total de personas para quienes se va a proporcionar cuidado en un período de 24 horas.
- 10A. Si es pertinente, anote el número de camas disponibles para clientes que no pueden caminar, que dependen de otros para moverse, o que sólo están en cama.
11. Solamente para establecimientos de niños: Los solicitantes para establecimientos residenciales para el cuidado de niños anotan el número de bebés y el número de niños a los que van a ofrecer sus servicios.
12. Días y horas de operación: Anote los días y las horas que el establecimiento estará en operación.
13. Información acerca de la propiedad: Marque la casilla apropiada.
- 13A. Control de la propiedad: Si el solicitante tiene un contrato de arrendamiento por un tiempo específico o está rentando, anote el nombre, dirección y número de teléfono del dueño de la propiedad donde se encuentra el establecimiento.
14. ¿Tuvo anteriormente una licencia el establecimiento?: Marque "SI" o "NO". Si marca "SI", anote el nombre y el número del establecimiento y el nombre de la oficina que expidió la licencia(s).
15. ¿Es necesario que se lleve a cabo una extensa construcción?: Marque si el establecimiento se tiene que construir o si necesita mejoras estructurales que son mayores. Si la respuesta es "SI", anote la fecha en que se va a empezar la construcción y la fecha en que se va a completar.
16. Fuente de donde proviene el agua para el consumo humano: Marque la fuente de donde proviene, *PUBLICA* o *PRIVADA*.
17. Otros establecimientos: La Sección 1520(d) del Código de Salud y Seguridad requiere que el solicitante dé a conocer si actualmente es, o en el pasado ha sido, un administrador, socio general, oficial o director de una corporación, o dueño del 10 por ciento o más de un establecimiento para el cuidado en la comunidad, guardería infantil, establecimiento residencial para el cuidado de personas de edad avanzada, o establecimientos de salud (adjunte una hoja de papel con los establecimientos adicionales).
- 18., 19., y 20. Declaración del solicitante(s), o la persona(s) con licencia, en relación a las responsabilidades de cumplimiento de todas las leyes y ordenamientos que aplican.
21. FIRMAS DE TODOS LOS SOLICITANTES O PERSONAS AUTORIZADAS (ES DECIR, SOCIOS GENERALES DE UNA SOCIEDAD Y OFICIAL EJECUTIVO PRINCIPAL O REPRESENTANTE DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA TODAS LAS CORPORACIONES, OFICINAS PUBLICAS, ETC.).